UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 N° 423

ESSAI

SUR LE

Traitement Médical de l'Appendicite

DANS LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1901

PAR

Louis PÉRÈS

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. CAUBET, ✲, ✪ I, *Président.*
BÉZY, ✪ A.
MOREL, ✪ A. } *Assesseurs.*
AUDEBERT.

TOULOUSE

IMPRIMERIE SAINT-CYPRIEN

27, ALLÉES DE GARONNE, 27

1901

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546521_0037

ESSAI

SUR LE

Traitement Médical de l'Appendicite

DANS LA PUERPÉRALITE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 — N° 423

ESSAI

SUR LE

Traitement Médical de l'Appendicite

DANS LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1901

PAR

Louis PÉRÈS

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. CAUBET, ✲, ✪ I, *Président.*
BÉZY, ✪ A.
MOREL, ✪ A. — *Assesseurs.*
AUDEBERT.

TOULOUSE
IMPRIMERIE SAINT-CYPRIEN
27, ALLÉES DE GARONNE, 27
—
1901

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	CAUBET, ✲, ✪ I.
Assesseur		FRÉBAULT, ✪ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	CHARPY, ✪ I.
Histologie normale		TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie		ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique		TAPIE, ✪ I.
Pathologie et Thérapeutique générales		HERRMANN, ✪ I
Pathologie interne		ANDRÉ, ✲, ✪ I.
Pathologie externe		PÉNIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire		LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique		SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène		GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale		CAUBET, ✲, ✪ I.
		MOSSÉ, ✲, ✪ A.
Clinique chirurgicale		JEANNEL, ✪ I.
		CHALOT, ✪ A.
Clinique obstétricale		CROUZAT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY
Clinique des maladies mentales		RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie		DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie		FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale		BRÆMER, ✪ I
Histoire Naturelle		LAMIC, ✪ A.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM.	SOULIÉ.
Physique		MARIE, ✪ A.
Chimie		N.
Histoire naturelle		SUIS.
Médecine légale		GUILHEM.
Bactériologie		MOREL ✪ A.
Clinique des maladies des enfants		BEZY, ✪ A.
Clinique ophthalmologique		VIEUSSE, ✲.
Hydrologie		GARRIGOU, ✪ I
Pathologie expérimentale		MAUREL ✲ O, ✪ A.
Cours élémentaire aux sages-femmes		AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM.	MOREL, ✪ A.
		RISPAL.
		FRENKEL.
Chirurgie		BAUBY.
		CESTAN.
Accouchements		AUDEBERT.
Anatomie et Histologie		SOULIÉ
Physiologie		BARDIER, ✪ A.
Chimie		N.
Physique		N.
Pharmacie		N.
Secrétaire de la Faculté		M. CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891)

A mon Père et à ma Mère

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A mes Parents

A MES AMIS

A M. le Docteur Audebert

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

Témoignage de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Caubet

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Hommage respectueux.

INTRODUCTION

Quiconque a suivi attentivement le grand débat soulevé, il y a deux ans, par le professeur Dieulafoy sur le traitement de l'appendicite, a pu se convaincre que les praticiens, après comme avant, gardaient leurs positions, et restaient divisés en deux camps désormais bien distincts : d'une part, les interventionnistes à outrance et aussitôt que possible ; et, d'autre part, les abstentionnistes purs. Entre ces deux partis extrêmes, les partisans de l'intervention, mais après les accidents, c'est-à-dire *à froid*, occupaient une situation bien tranchée. Ces opinions différentes firent naître la classification des partisans du traitement dit chirurgical, *à chaud* ou *à froid*, et de ceux qui prônaient le traitement non sanglant, dit médical. Ce dernier n'était autre que celui de l'ancienne typhlite, périty phlite.

L'appendicite, dans ses rapports avec la puerpéralité, n'a pas échappé à ces vives controverses au sein des Sociétés et des Congrès : ici, encore, les deux camps

se sont de nouveau constitués, et Pinard, reprenant pour le compte de l'obstétrique les idées intransigeantes de Dieulafoy, a condamné, à l'Académie de médecine, le traitement dit médical de l'appendicite dans la grossesse.

Ce jugement est-il sans appel ? Nous pensons que l'examen des faits ne parle pas trop précisément en faveur du traitement chirurgical, et nous voulons consacrer ce travail à montrer comparativement les résultats du traitement chirurgical et ceux du traitement médical. Chemin faisant, nous donnerons les dernières observations parues ; notre étude offrira ainsi un tableau complet des cas d'appendicite observés dans la grossesse, et d'après cet exposé nous nous efforcerons de formuler des conclusions aptes à guider le praticien dans l'éventualité de cas semblables.

Le sujet de ce travail nous a été inspiré par M. le professeur agrégé Audebert ; il a en outre, bien voulu nous confier une observation très intéressante. Nous le prions de recevoir pour sa bienveillante sollicitude, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Nous assurons également de notre gratitude, M. le professeur agrégé Bardier pour les marques de sympathie dont il voulut bien nous honorer.

Nous nous garderions d'oublier les rapports amicaux que nous avons entretenus avec M. le docteur Estienny,

notre ancien chef de Clinique, qui nous a confié une observation inédite.

Nos maîtres de la Faculté daigneront aussi agréer nos remerciements pour l'indulgent accueil que nous trouvâmes auprès d'eux ; et, d'une façon toute spéciale, nous remercions M. le professeur Caubet, doyen de notre Faculté, pour les nombreux services qu'il nous a rendus durant nos études, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

L'apparition d'une appendicite au cours de la grossesse, ou même après la délivrance, est une complication qui, pour n'être plus très rare, est cependant loin d'être banale. Peut-être faut-il voir dans le pourcentage de sa fréquence actuelle l'effet de l'attention que les accoucheurs apportent sur les maladies de l'appendice depuis une dizaine d'années que son individualité est sortie du chaos des conceptions théoriques et des formes cliniques mal définies.

Rappelons très brièvement que cette complication a été observée et étudiée tout d'abord en Angleterre et en Amérique; Wiggin (1), Stimson (2), Mixter (3), Mundé (4), Harrisson (5), Marx (6), Penrose (7) et

(1) Wiggin. *Med. Record.*, 23 janv. 1892, p. 102.
(2) Stimson. *New-York med.*, 25 oct. 1890, p. 449.
(3) Mixter. *Boston med. and surg.* 7. 1891, t, XXV, p. 697.
(4) Munde. *New-York med. Record*, 1894, t. XLVI, p. 678.
(5) Harrisson. *New-York méd. Record* 1895, p. 29.
(6) Marx. *Méd. Record* 1896, p, 461.
(7) Penrose. *Ann. of obstetric*, 1896, p. 253.

Abrahams (1) doivent être cités comme les ouvriers de la première heure. Mais les médecins français n'ont pas tardé à suivre le mouvement et Vinay le premier, suivi de Legendre, Tuffier, Maygrier, Budin, Bouveret, pour ne citer que les principaux, ont successivement apporté le contigent de leurs observations.

Le remarquable travail d'ensemble de Pinard (2) a montré toute l'importance de la question et a nettement posé les indications du traitement chirurgical qui, pour cet auteur est, dans tous les cas, l'unique traitement à instituer.

L'appendicite dans la grossesse est donc un accident grave et il convient d'être fixé sur son pronostic, au double point de vue de la vie de la mère et de l'avenir de la grossesse.

A) Influence de la grossesse sur l'appendicite. — On comprend sans peine que la coexistence de la gravidité soit une aggravation : en effet, dans la première catégorie d'appendicites (appendicites à foyer non appréciable), à la congestion de l'organe vient s'ajouter la congestion physiologique produite par la grossesse, congestion qui s'accentue au moment des époques menstruelles.

Dans la deuxième catégorie d'appendicites (appendi-

(1) Abrahams. *American of obstetric*, 1897, t. XXXV, p. 205.

(2) Pinard. Communicat. à l'Acad. de méd., 16 fév. 1897 et *Ann. de gyn.* 1899 ; *Clinique obstétricale*, 1899.

cites à foyer localisé), par suite de la compression et des tiraillements d'une part, et par suite des phénomènes congestifs d'autre part, il peut y avoir rupture de l'abcès et infection généralisée.

Enfin il faut noter que la même suppuration peut se produire dans les appendicites à rechutes.

L'appendicite s'aggrave donc quand il y a grossesse concomitante : sur 29 cas, on a trouvé 10 cas de mort (Iarca) (1), plus récemment 16 morts sur 61 cas (Bapteste) (2) et d'après notre statistique, sur 84 cas connus 23 morts. Cette agravation est facile à comprendre, étant donné les modifications qu'apporte la grossesse dans la position normale des organes abdominaux. Si, en effet, l'appendicite n'est pas suppurée, elle aura bien des chances de récidiver ou de s'aggraver, car on sait que la grossesse s'accompagne d'augmentation dans la pression sanguine, surtout aux époques menstruelles (cas de Legendre) (3). L'influence de la grossesse est telle que dans un cas de Tuffier (4) il y a eu une poussée inflammatoire dans l'appendice au cours de 3 grossesses successives. S'il existe une poche purulente, la présence de l'utérus qui se développe auprès de cette poche, aura pour effet de la comprimer et d'exercer des tractions dangereuses sur sa paroi. Donc, augmentation de liquide d'un côté, compression de l'autre, telles sont

(1) Iarca. Thèse de Paris, 1898.

(2) Bapteste. Thèse de Lyon, 1899.

(3) Legendre. *Soc. méd. des hôpitaux*, 26 mars 1897.

(4) Tuffier. *Revue d'obstétrique et de pœdiatrie*, 1897.

les deux conditions qui favorisent la rupture de la poche. Cette péritonite par perforation a été observée dans 11 % des cas.

Enfin si la grossesse s'est passée sans incidents, on peut encore observer des complications pendant les suites de couches. On sait que les anciens foyers purulents se réchauffent quelquefois pendant le *post-partum*, ce que Verneuil et Budin (1) avaient déjà noté autrefois. C'est ce qui explique pourquoi on pourra voir se produire une poussée inflammatoire au pourtour de l'appendice anciennement malade et qui n'avait donné aucun signe d'inflammation au cours de la grossesse.

Si l'appendicite est aggravée par la grossesse celle-ci sera, à plus forte raison, gravement compliquée par l'appendicite.

B) Influence de l'appendicite sur la grossesse. — Cette influence est manifeste car dans la plupart des cas il y a eu avortement ou accouchement prématuré. Cette interruption de la grossesse s'explique moins par l'hyperthermie lente et peu élevée qui accompagne l'appendicite que par l'infection colibacillaire, qui doit être spécialement incriminée. Cette infection se fait par un mécanisme mal élucidé jusqu'à ce jour. On a voulu l'expliquer par la transmission lymphatique. Il existe, en effet, dit Testut (2), au niveau de la base du mésoappendice, un ganglion lymphatique, le ganglion

(1) Citation de Iarca (*loc. cit.*).

(2) Testut. *Traité d'anatomie*, t. III, 2e fasc., p. 562.

appendiculaire. Clado considèrerait ce ganglion qui recevrait les lymphatiques de l'appendice, comme constant. Or, chez la femme, le méso-appendice est relié aux organes intra-pelviens par un repli falciforme qui vient se continuer avec le bord supérieur du ligament large correspondant. Clado (1) a signalé ce repli sous le nom de ligament appendiculo-ovarien. Il le considère comme établissant des communications lymphatiques entre l'appendice et l'ovaire. Ce ligament, que certains se refusent à admettre, existerait cependant dans 20 0/0 des cas (Lafforgue) et pour Clado serait constant. Quoiqu'il en soit de ces statistiques anatomiques, il nous suffit de constater que ce ligament existe souvent et qu'il explique le retentissement des affections appendiculaires sur le système génital.

L'infection coli-bacillaire issue de l'appendice peut agir directement sur le produit de conception par effraction placentaire ou par absorption de toxines. Dans quelques cas cependant la grossesse peut continuer, d'autres fois l'utérus résiste et la femme meurt avant d'accoucher (Wiggin).

La propagation du foyer infectieux appendiculaire existe incontestablement et se fait d'une façon encore mal élucidée, soit par continuité, directement, soit indirectement par infection sanguine.

Le fœtus lui-même s'en ressent le plus souvent, puisque tous les auteurs ont remarqué combien fréquem-

(1) Clado. *Soc. de Biologie*, 1892.

ment les fœtus viables étaient expulsés morts, ou mouraient de cause indéterminée, ou présentaient, dans les quelques jours de leur existence, des signes de septicémie.

Une observation de Pinard peut donner une explication de ce fait. « L'ensemencement pratiqué par le Dr Wallich et qui a donné des cultures pures de colibacille, démontre l'infection *in utero*, le sang ensemencé ayant été pris dans les vaisseaux du cordon ombilical (1). »

C) Suites de couches. — Si la grossesse continue jusqu'à terme, il peut arriver qu'aussitôt après l'accouchement, il se produise un véritable *coup de fouet*, du côté de l'appendice qui jusqu'alors paraissait calme. Ces récidives, causées par d'anciens foyers inflammatoires sont aujourd'hui bien connues depuis que Budin a particulièrement attiré l'attention sur ce point. Il pense qu'il faut rapprocher ces faits de ceux que Verneuil avait désignés sous la dénomination de *microbisme latent*, dont la pathogénie est encore mal élucidée.

Quoiqu'il en soit, l'appendicite survenant dans les suites de couches est généralement très grave, et le plus souvent les femmes sont vite enlevées par la péritonite généralisée. On comprend combien le diagnostic devient alors difficile, car dans la plupart des cas, on songera plutôt à l'infection puerpérale.

(1) Pinard. *Ann. de gynécol.*, 1898, p. 353.

Dans la grossesse elle-même, ce diagnostic d'appendicite a été souvent reconnu difficile ; tel n'est pas l'avis de Pinard (1) qui pense que « ces difficultés ne sont pas insurmontables pour un observateur attentif ». Et Pinard en conclut que toute appendicite survenant au cours de la grossesse ou de la puerpéralité doit être traitée chirurgicalement, et cela le plus tôt possible, en un mot, elle « commande l'intervention (2) ».

Nous verrons quels résultats ont suivi cette prescription si absolue en les comparant à ceux de la médication éclectique, c'est-à-dire celle qui sait, tout en reconnaissant souvent la nécessité d'une opération, faire la part du traitement non chirurgical dans les cas appropriés.

Tout d'abord, nous allons définir ce qu'on entend par *traitement médical* de l'appendicite.

(1) Pinard. *Ann. de gynécol.*, 1898, p. 353.

(2) Pinard. Communicat. à l'Acad. de méd., 16 février 1897, et *Ann. de gynécol.*, 1899.

CHAPITRE II

Y a-t-il un traitement médical de l'appendicite pendant la grossesse ?

Il est bien entendu que nous éliminons du débat les formes d'appendicite à froid avec rechutes, crises aigues ou subaigues ainsi que d'autre part la péritonite généralisée, pour faire uniquement porter la discussion sur la forme la plus fréquente au cours de la grossesse, d'abcès localisé péri ou para-appendiculaire.

En présence d'une femme enceinte, atteinte d'appendicite, le médecin doit se demander d'abord s'il traitera la malade médicalement ou s'il décidera l'intervention chirurgicale. Autrefois toutes ces maladies étaient traitées médicalement, d'autant plus qu'on n'osait pas opérer les femmes enceintes. Aujourd'hui l'état de grossesse n'est plus une contre-indication ; on est beaucoup plus audacieux et cela avec raison car la grossesse, à la suite des interventions, continue dans la plupart des cas.

Dans le premier degré de l'appendicite, dans lequel il n'existe pas de foyer purulent, dans lequel on ne trouve pas de collection bien nette à la palpation, ne pourrait-on pas temporiser, mais sous la réserve d'intervenir à la moindre alerte? C'est sur ce point spécial de crise aiguë n'ayant pas encore abouti à l'abcès collecté, cliniquement appréciable, que le désaccord à commencé de se faire. Les auteurs se divisent en deux camps :

Les uns proclament avec Pinard qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite et que sitôt le diagnostic posé, le ventre doit être ouvert et qu'on ne mourrait jamais d'appendicite si elle était opérée de bonne heure.

Les autres, plus modérés, affirment que souvent il vaut mieux temporiser et chercher à préciser les indications opératoires.

« Il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite » a dit le professeur Dieulafoy ; si cette formule signifie l'appendicite suraiguë, à foyer bien net ou la péritonite généralisée, nous nous rangeons à cet avis, en vertu du précepte : *ubi pus ibi evacua;* mais nous allons voir si cette formule simpliste convient aussi à la forme dont nous nous occupons en ce moment.

L'intransigeance en faveur du traitement chirurgical ne date pas d'aujourd'hui ; déjà, en 1856, un chirurgien américain, Lewis, de New-York (1), préconisait

(1) Lewis. *New-York journ. of med.*, 1856, p. 328.

l'incision précoce. En 1875, un autre chirurgien américain, Gouley (1), soutenait la même opinion.

La connaissance plus précise des causes et du siège de la suppuration, la notion de l'appendicite perforante, devaient naturellement encourager la chirurgie dans cette voie. Dès 1827, Mélier, dans son *Mémoire sur les maladies de l'appendice*, prévoyait déjà le rôle de la chirurgie dans le traitement des inflammations appendiculaires. « S'il était possible, dit-il, d'établir d'une manière certaine, le diagnostic de ces affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades, au moyen d'une opération. On arrivera peut-être un jour à ce résultat. »

La prévision de Mélier se trouve aujourd'hui réalisée et même dépassée, car après avoir été longtemps d'une réserve excessive, les chirurgiens en sont arrivés « à un tel degré d'audacieuse confiance que certains — et en particulier les Américains — ne se donnent même plus la peine de poser et de peser les indications opératoires et ne reconnaissent d'autre traitement que l'incision immédiate (2) ».

A un tel excès devait fatalement succéder une réaction. Aux statistiques triomphantes des chirurgiens, les médecins ont répondu par des statistiques non moins décisives. Mais l'opération, depuis ces deux ou trois dernières années, a été tirée du discrédit où elle était tombée, et le moment semble venu de comparer les ré-

(1) Gouley. *New-York, Acad. of med.*. 3 fév. 1875.
(2) Talamon. *Appendicite et périty phlite.*

sultats des deux traitements. Devant de pareils chiffres, si large qu'on admette la proportion des erreurs de diagnostic et des guérisons incomplètes, il faut bien conclure cependant que les moyens médicaux ou, si l'on veut, l'expectation, ne sont pas sans effets utiles et qu'on peut les essayer dans certains cas. Cela nous amène à dire qu'il existe diverses formes d'appendicite et que le médecin doit s'attacher à en préciser le diagnostic. Or il semble que les chirurgiens « ne veulent admettre que l'appendicite perforante avec péritonite ou suppuration. Ce raisonnement nous paraît aussi juste que si des bons résultats obtenus par la pleurotomie dans la pleurésie purulente, on concluait que toute pleurésie est nécessairement suppurée et que le seul traitement de l'inflammation pleurale est l'incision de la paroi thoracique (1) ».

Talamon a divisé les appendicites en médicales et chirurgicales. Les appendicites proprement médicales comprennent les formes où l'inflammation se limite aux parois de l'appendice ou gagne par propagation le péritoine dans une certaine étendue, c'est-à-dire la *colique appendiculaire*, l'*appendicite pariétale simple* et l'*appendicite avec poussée aiguë de péritonite fibrineuse partielle.*

Or, dans ce cas que nous supposons compliqué de grossesse, que doit-on faire? Chirurgiens et accoucheurs répondent par la nécessité d'une intervention

(1) Talamon. *Loc. cit.*

précoce : « là dessus, leurs déclarations de principe sont formelles, mais les plus radicaux, dit Broca, ont fait, chemin faisant, des réserves non moins formelles ; et quand, hors de la salle des séances, on les prie de préciser leur pensée, on arrive à constater que la plupart accentuent encore ces réserves. Voyez Hartmann, Voyez Tuffier : ils tombent sur nous autres, pauvres opportunistes... et *quand ils trouvent une appendicite à foyer limité, empâté, ils attendent — et je dis qu'ils ont parfaitement raison* (1). » Cette critique pleine d'humour s'applique à notre cas d'appendicite puerpérale aussi bien qu'à l'appendicite en général.

C'est donc mal poser la question que de la résumer en une phrase comme le font Dieulafoy et Pinard. La vraie question est la suivante : un traitement non opératoire peut-il faire avorter une crise d'appendicite ; et d'autre part, doit-on, avec chance de succès, tenter, toutes les fois que cela est possible, cet avortement pour remplacer l'opération à chaud, par une opération à froid ? A cette question ainsi posée Broca répond par l'affirmative. Mais il faut que ce traitement soit bien dirigé. Si le malade a de la fièvre, des vomissements, de la constipation avec de la douleur abominale, on administre un purgatif. Mais la constipation ne cède pas et on purge de nouveau. C'est là une détestable thérapeutique que tout le monde est unanime à condamner. On sait, en effet, que le salut réside dans la formation d'adhérences et le repos absolu, la médication

(1) Broca. *De l'appendicite*, p. 50, 1900.

opiacée, la diète, n'ont pas d'autre but que de favoriser la production de ces solides barrières. Or, les observations ne se comptent plus où la péritonite diffuse et mortelle a été la conséquence de ces purgations répétées, par la mobilisation de l'intestin qui a brusquement rompu ces adhérences salutaires (1).

La tendance habituelle de l'appendicite est, en effet, la formation d'adhérences, aboutissant à l'enkystement. Broca pense avec Brun et Jalaguier que dans ces cas si on avait soumis ses malades aux opiacés et non aux purgatifs, ils auraient eu seulement une péritonite enkystée, voire même sans suppuration.

Voilà pourquoi nous croyons devoir insister sur l'intelligente direction du traitement expectant, car d'habitude il est fait à rebours. Ce traitement expectant devra être non seulement dirigé mais aussi surveillé. N'arrive-t-il pas quelquefois que les malades, sans attendre le conseil du médecin, absorbent d'eux-mêmes une eau, une poudre, une pilule purgative et ils n'avouent leur initiative thérapeutique que tard et lorsqu'une perforation est imminente (2).

(1) « On ne saurait trop insister sur les méfaits des purgatifs, administrés dans ces conditions. Que de fois des appendicites bénignes ne se sont-elles pas brusquement aggravées par cette irrationnelle médication ! » (Lejars. *Chirurgie d'urgence.*)

(2) Les purgatifs étaient la base du traitement de l'ancienne typhlite. Pour désobstruer le cœcum, pour faire fondre le fameux boudin cœcal constitué, croyait-on, par la stase des matières fécales, on allait jusqu'à prescrire l'huile de croton. Il y a danger évident à administrer un purgatif dans la première acuité de la

Le traitement médical convenable et précoce amène fréquemment la résolution complète (Broca).

En quoi consiste ce traitement :

La première chose à faire est de prescrire le repos au lit. C'est là une prescription à laquelle le médecin doit tenir le plus rigoureusement la main. Le décubitus dorsal, le minimum de mouvements, l'interdiction absolue de tout effort pour soulever le tronc, ce qui fait contracter les muscles abdominaux, constitue le remède habituel des coliques intestinales, ce sera aussi le meilleur moyen de limiter l'inflammation appendiculaire et d'en prévenir les conséquences quand la colique est le signe avant-coureur d'une perforation (1).

La malade doit rester au lit non seulement tant qu'elle souffre, mais tant que la palpation de la région appendiculaire réveille de la douleur.

On doit penser que l'affection qui nous occupe est sujette à des sortes de recrudescences qui peuvent apparaître tant que la guérison n'est pas parfaite ; en

crise. A ce moment on ne sait comment l'affection va évoluer, si elle atteindra ou non le péritoine, si elle restera simple colique ou si elle aboutira à une perforation. Le purgatif favorisera la perforation si elle n'existe pas et en aggravera les conséquences si elle existe.

(1) D'après Talamon, il ne faut pas interdire systématiquement l'emploi des purgatifs pendant toute la durée de l'appendicite. Il a toujours vu après la détente des phénomènes douloureux initiaux, l'administration d'un purgatif compléter cette détente et amener du soulagement de l'état local et général.

outre ces recrudescences ont des suites plus redoutables que dans la première atteinte. Ce sont toujours des appendicites méconnues ou considérées trop tôt comme guéries, qui se terminent par une péritonite diffuse mortelle. Les interventionnistes à outrance tirent de ces faits la justification de l'opération hâtive ou de la résection présentive dans tous les cas et en concluent à l'inanité du traitement médical. Ce reproche n'en est pas un, car l'événement montre seulement que le traitement médical n'a pas été bien *dirigé* et *surveillé*, comme nous le disions tout à l'heure.

La règle sera donc formelle : immobilisation absolue du malade au lit dès le début de la colique appendiculaire, et maintien de cette immobilisation tant que la douleur persiste. Talamon (1) va plus loin et conseille, même la douleur passée, de ne pas se hâter de faire lever la malade.

La deuxième indication est de calmer la douleur. Dans les formes très atténuées, l'application de cataplasmes chauds arrosés de laudanum suffit largement. La glace sera souvent renouvelée dans la vessie de caoutchouc, qui sera légère, peu remplie, bien étalée sur la région empâtée, séparée de la peau par une compresse de flanelle. Il ne faudra pas cependant abuser de la vessie, car si elle a du bon, elle a aussi des inconvénients. Beaucoup de sujets la supportent diffi-

(1) Talamon. *La colique appendiculaire et les formes non chirgicale de l'appendicite.* 1900.

cilement : elle augmente leurs souffrances, loin de les calmer.

Talamon est à peu près le seul à conseiller les sangsues pour calmer la douleur et assurer la détente inflammatoire.

Ce que les auteurs recommandent, au contraire de préférence, c'est l'opium. S'il y a des douleurs vives, de l'agitation, on commence par faire une piqûre de morphine de 1 centigramme.

L'opium sera encore prescrit sous forme de pilules de 1 centigramme, à intervalles variables, selon le sujet, de façon à entretenir un état de demi-somnolence ; cette ingestion de pilules agirait plus efficacement sur l'intestin. Ajoutons que le traitement huileux a donné de bons résultats dans une observation (Estienny).

S'il existe des envies de vomir ou des vomiturition fréquentes, on donnera une boisson gazeuze, la potion de Rivière, ou on fera sucer de temps à autre quelques fragments de glace.

Il est bien entendu que la diète sera complète : la soif sera calmée en donnant le moins souvent possible de l'eau glacée par cuillerées à café ou même en faisant rincer la bouche avec de l'eau de Vichy.

Souvent, dès le lendemain, la température est tombée à 37°, le pouls plein et régulier bat de 60 à 80, le météorisme diminue, les souffrances sont presque nulles.

Si l'on arrive plus tard, quand existe déjà un empâtement dont l'inflammation épiploïque est l'agent principal, on peut encore d'après Broca, assister à la résolution. Mais ici, bien plus que dans le cas précédent,

la surveillance dans le traitement devra être rigoureuse.

La persistance de la fièvre, après 36 ou 48 heures, est une indication opératoire, s'il existe une tuméfaction inflammatoire locale, sans oublier toutefois qu'il existe des abcès appendiculaires même volumineux qui deviennent vite apyrétiques. On opèrera donc sans plus tarder si on constate qu'au bout de 24 heures, malgré le traitement médical, la tumeur inflammatoire s'est accrue. On se tiendra encore prêt à opérer à la moindre menace de péritonite, qui se révèlera par la persistance ou le retour des vomissements, la suppression des émissions gazeuses par l'anus, la discordance entre le pouls et la température. « Les radicaux nous objectent qu'il est impossible de prévoir, au début d'une crise, comment elle va tourner ; déjà nous prétendons qu'une analyse minutieuse des symptômes nous permet de porter un pronostic assez précis, et surtout nous soutenons que par la surveillance attentive des phénomènes de la péritonite, nous sommes capables de ne pas nous laisser suprendre par une péritonite incurable (1). »

Ces idées que Broca applique à l'appendicite en général trouvent leur utilisation dans le cas d'appendicite pendant la grossesse. Nous donnerons au chapitre suivant, en interprêtant les observations, les raisons qui militent en faveur de cette manière de voir.

Puisque rien ne presse, et sous la réserve que le ma-

(1) Broca. *Loc. cit.*

lade sera soumis à une étroite surveillance, il y aura tout bénéfice, — dans ces cas d'appendicite à allure franche et franchement circonscrite — à « laisser passer l'orage et à attendre que la fièvre tombe (1) ». Si, en effet, on intervenait pendant la crise, on peut faire de la bonne besogne, mais on peut courir le risque d'infecter le péritoine et de perdre le précieux avantage de la localisation du processus (Lejars). Ceci est d'autant plus vrai que, dans ces formes, il n'existe pas de collection volumineuse, de masse adhérente, « au milieu de laquelle on puisse manœuvrer sans en dépasser les limites (2) » ; le plus ordinairement on ouvrira d'emblée le péritoine par la recherche ou la décortication de l'appendice et cette ouverture sera en rapport avec le foyer en pleine violence.

Tel est le principe de la doctrine sage, rationnelle et prudente, lorsqu'elle est bien comprise et bien appliquée de l'intervention « à froid ».

La doctrine de l'opération « à froid » n'est elle pas, au bout du compte, quelque chose d'analogue à la thérapeutique des salpingites? On n'opère pas une salpingo-ovarite en pleine période aiguë et douloureuse, en pleine pelvi-péritonite. On ne conseille pas autre chose pour l'appendicite qui, dans la fosse iliaque, s'enveloppe d'adhérences, se cantonne, s'isole de la grande cavité, comme la trompe au fond du bassin. Mais ici s'arrête la comparaison, car l'appendicite est plus su-

(1) Lejars. *Chirurgie d'urgence*, 1899 et 1900 (2e édit.).
(2) Lejars. *Loc. cit.*

jette aux processus gangréneux et aux perforations, et le traitement expectant doit être fait avec une surveillance éclairée et rigoureuse.

« C'est là, en effet, la condition essentielle du bien fondé de la pratique expectante ; *se tenir prêt à intervenir, dès que les allures de l'affection cessent d'être franchement bénignes.* » (Lejars).

Cette doctrine de la demi-abstention opératoire, de l'expectation armée, dans ces cas, a trouvé d'éloquents défenseurs dans Broca, Tillaux (1), Brun (2), Jalaguier (3), et Lejars (4) lui-même comme le prouvent les citations précédentes.

Forgues et Reclus (5) se rangent timidement à cette opinion, tout en réduisant au minimum la durée de l'attente. Les accoucheurs ont gardé jusqu'ici le silence sur l'opportunité du traitement expectant ou médical. Tous se sont rangés à la formule de Pinard qui « *commande l'intervention dans tous les cas et le plus tôt possible* ». Hergott aussi est partisan de l'intervention à outrance. Les thèses les plus récentes de Bouiller (6), de Iarca (7), de Bapteste (8) sont unanimes à adopter

(1) Tillaux. *Traité de chir. clinique* t. D et Discussion, Académie de Méd.

(2) Brun. Discussion. Soc. de chir.

(3) Jalaguier. *Ibid.*

(4) Lejars. *Loc. cit.*

(5) Forgues et Reclus. *Thérapeut. chir.* t. II, 1898.

(6) Bouiller. Thèse de Lyon, 1897.

(7) Iarca. Thèse de Paris, 1898.

(8) Bapteste. Thèse de Lyon, 1899.

cette manière de voir, qui nous semble personnellement un peu absolue. Nous pensons qu'une médication univoque ne saurait convenir à *tous* les cas indistinctement, et qu'il y a lieu d'appliquer cette idée à la question qui nous occupe. Nous serons heureux si nous pouvons aider à la réhabilitation de la méthode d'expectation armée, dans les cas d'appendicite à petit foyer, bien localisé, et nous pensons qu'on peut faire un utile profit de la petite leçon qu'à propos de l'appendicite en général, Broca donne aux opérateurs trop pressés.

« Vous arrivez dans une famille : le traitement médical n'existe pas, et si l'on n'opère pas, le malade sera mort demain ; on ne vous écoute pas. On institue ce traitement que vous qualifiez de nul, et la crise avorte, et même le malade peut ne plus présenter d'accidents. *Parmi nos collègues, médecins, chirurgiens ou accoucheurs, j'en sais plusieurs qui sont personnellement dans ce cas.* Cela étant, voyez l'effet produit sur les profanes : vous aurez été juste à l'encontre du but proposé. Il est même à craindre que, pour l'appendicite, on n'arrive à rééditer l'histoire de la salpingite.

Pendant des années, on a abattu sans compter trompes et ovaires ; et les femmes se laissaient faire volontiers. Puis à force de voir guérir des amies auxquelles on avait prédit, sauf intervention, une mort rapide, elles sont peu à peu devenues récalcitrantes, et c'est avec peine maintenant qu'on les décide à se faire enlever une trompe suppurée.

« N'est-il pas plus prudent de déterminer si l'intervention immédiate s'impose réellement ; de calmer la

crise s'il est possible, en expliquant qu'après cela, le plus sûr sera d'enlever cet appendice souvent gênant, souvent douloureux? Et l'on vous écoutera, car tout le monde a connu des parents, des amis morts brusquement d'une rechute. » *(Loc. cit.)*

Cette opération retardée sera conseillée, car nous connaissons aujourd'hui sa bénignité, après toute crise aiguë.

De cette façon, le traitement de l'appendicite reste toujours chirurgical, mais on temporise parce que les conditions de l'intervention immédiate sont moins favorables que celles de l'intervention retardée. Nous verrons, par la suite, que l'opération à chaud par ses suites, sa gravité immédiate, est inférieure à l'opération à froid. Si maintenant un abcès ou une péritonite obligent à intervenir, l'hésitation n'est plus permise, et tout le monde est d'accord là-dessus.

Le seul différend qui existe entre opérateurs radicaux et opérateurs expectants consiste précisément dans cette doctrine de la temporisation ; à part cela, les uns et les autres considèrent l'appendicite comme une lésion chirurgicale, mais ceux-ci choisissent leur moment, réagissant ainsi contre une formule « absolue, intransigeante, dont la clinique ne saurait s'accommoder longtemps ». (Broca.)

Entre ces cas d'appendicite à foyer localisé, où l'abstention est la règle, et de péritonite généralisée, sur lesquels tout le monde s'entend pour l'opération immédiate, il y a des formes intermédiaires de péritonite enkystée, limitée à une partie seulement de l'abdomen. Devrons-nous, dans

ce cas, nous abstenir d'une façon absolue? « Dans le doute, on opèrera » dit Lejars; nous opèrerons en effet, si après une surveillance étroite et l'expectation armée, nous voyons les accidents devenir pressants. Ces accidents sont : l'exagération de la douleur et surtout la dissociation du pouls. Nous insistons en passant sur ce que présentent d'important les caractères du pouls au cours de l'appendicite : ils ont une signification supérieure à celle de la température; on ne sait pas assez, en effet, que dans ces formes septiques et insidieuses, c'est le pouls qui fournit les indications majeures, celles qui doivent faire prendre un parti. S'il dépasse 115, s'il est petit et mauvais, quelle que soit la bénignité apparente des autres symptômes, il faut intervenir. Si donc après un examen soigneux de la malade, on n'a pas constaté l'allure franchement bénigne de la maladie, ou les signes d'une collection tendant à l'enkystement ou déjà enkystée, nous pensons qu'il est de pratique avisée de cesser toute expectation et d'opérer tout de suite. On n'aurait dans ce cas que faire d'attendre le vomissement, de se fier à la température qui reste souvent peu élevée, tandis que le pouls est fréquent et affaibli (dissociation du pouls et de la température), le ventre ballonné et sensible, le facies altéré, traduction clinique d'une diffusion péritonéale, contre laquelle l'hésitation serait coupable.

En fin de compte et pour nous résumer, si nous avons insisté sur le traitement dit médical de certaines formes d'appendicites, nous n'avons pas préconisé la doctrine ancienne du *nil facere*; nous avons admis des cas opé-

rables sur l'heure, d'autres à échéance éloignée, d'autres enfin difficiles à diagnostiquer tout d'abord, que nous devons surveiller pour cela plus étroitement, et opérer quand les caractères du pouls nous font augurer un fâcheux pronostic. Pas plus que l'intervention à outrance dans certaines formes bénignes, douloureuses, fugaces ou enkystées, nous ne devons conseiller l'expectation systématique dans les formes ambulantes, insidieuses de la péritonite diffuse, pour lesquelles, en raison des résultats et des lésions observées au cours d'opérations tardives, nous nous rallions à l'intransigeante parole de Lejars : « Dans le doute, il faut agir. »

CHAPITRE III

Observations. — Discussion.

Le moment est venu d'examiner en détail les pièces du procès. Nous avons vu de quelle sorte d'ostracisme avait été frappé le traitement médical, la méthode expectante qui ne sont, au fond, que les deux faces d'une même doctrine. Cet arrêt est-il sans appel, et l'examen des faits démontre-t-il que l'intervention à chaud, précoce et de parti-pris dans tous les cas ait, à son actif, plus de succès que la temporisation raisonnée? C'est ce que nous allons impartialement exposer dans le présent chapitre.

A). — **Cas non opérés.**

OBSERVATION PREMIÈRE

Fréd. H. Wiggin (1)

Mrs A... 35 ans, constipation opiniâtre, grossesse de trois mois. Le 21 juillet vomissements. Le 24, nausées

(1) Med. Record, 23 janvier 1892, p. 109.

et constipation persistent. Le 26 P = 100, T = 37,2. Le 27, pour la première fois, douleur au point de Mac Burney, pas de tuméfaction. Le 28, la douleur au point de Mac Burney a disparu, elle est remplacée par une douleur ovarienne gauche. Abdomen distendu, on ne perçoit ni tumeur ni douleur à la palpation. L'après-midi survient un frisson, T = 39,4, P = 126. Elle refuse l'opération, une péritonite généralisée se déclare, elle meurt le 31.

OBSERVATION II

BAYLEY (1)

Mrs C. E.,. 30 ans, mère de cinq enfants. Le 8 novembre, enceinte de six mois. Douleurs localisées à la région cœcale, diarrhée, vomissements. Point de Mac Burney très sensible. Je fais le diagnostic d'appendicite. Traitement médical jusqu'au 11. Du 12 au 18, la T a varié de 38,3 à 40. A partir de cette date, elle redescend à la normale. La douleur disparaît du point de Mac Burney. Guérison complète, accouchement normal à terme.

OBSERVATION III

THOMPSON (2)

Mrs X... 20 ans, grossesse neuf mois. Le 3 avril, douleur subite au point de Mac Burney, constipation, vomissements. Le 4, douleur atroce, T = 40, P = 132. Rien au toucher, rien à la palpation. Diagnostic : appendicite.

(1) Bayley. Med. Record, 1895, p. 342.
(2) Thompson. Med. Record., 1895.

Jusqu'au 30 les phénomènes varient peu. Traitement médical. Le 30, accouchement spontané en O. I. G. A. ; enfant vivant. Le placenta présente une dégénérescence calcaire. Quelques semaines plus tard on retrouve encore de la douleur dans la région cœcale.

OBSERVATION IV

SCHAIE (1)

Mrs. B..., 24 ans, secondipare. — Enceinte de sept mois, se plaint depuis quelque temps de douleurs dans le côté droit quand l'enfant remue. Le 1er octobre, T. = 38, P. = 84. Douleur localisée au point de Mac Burney. Matité pour la première fois. Traitement : glace et opium. Le 20, accouchement prématuré d'un enfant de sept mois et demi qui vécut six jours. Il mourut, faute de soins et de nourriture. La femme guérit après l'accouchement. Diagnostic porté : appendicite catarrhale.

OBSERVATION V

WINEBERG (2)

Mrs. X... — Atteinte d'appendicite au cours d'une grossesse de neuf mois Aucune intervention chirurgicale ne fut tentée. La mère guérit et accoucha d'un enfant vivant.

OBSERVATION VI

ABRAHAMS (3)

Mrs. L..., 42 ans, 4 enfants. — Constipation habituelle.

(1) Cité par Abrahams.

(2) Cité par Marx, in Med. Record.

(3) Abrahams. *American journal of obstetrics*, 1897.

Grossesse du septième mois. Douleurs lancinantes dans la région iliaque droite. Vomissements. Après douze heures, localisation de la douleur au point de Mac Burney. T. = 38, P. = 90. Etat stationnaire jusqu'au dixième jour, puis amélioration. Appendice sensible, pas d'empâtement. Diagnostic : appendicite catarrhale. La malade accoucha à terme d'un enfant vivant. Six mois après, elle eut deux rechutes d'appendicite.

OBSERVATION VII

ABRAHAMS

Mrs. K..., multipare, 26 ans. — Enceinte de neuf mois. Constipation habituelle. — Le 18 septembre 1896, contusions reçues dans une rixe, douleur iliaque droite avec traces d'ecchymoses. T. = 41,1. P. 120. Huit jours après, le pouls et la température sont revenus à la normale. Accouchement d'un enfant bien portant. Il persista une douleur dans la fosse iliaque. Cinq jours après, douleur généralisée à tout l'abdomen. Vomissements, facies grippé, sueurs froides. Maximum au point de Mac Burney. Diagnostic : appendicite traumatique.

L'intervention est retardée. Pendant douze ou treize jours, les phénomènes s'amendent. La femme guérit, mais l'enfant mourut de septicémie huit jours après sa naissance.

OBSERVATION VIII

ABRAHAMS

Mrs X...., enceinte de 9 mois, présenta des phénomènes d'appendicite. Pas d'intervention chirurgicale. La mère accoucha à terme d'un enfant vivant.

OBSERVATION IX

BOUVERET (1).

Mme X..., 35 ans, multipare. A déjà eu des accidents appendiculaires. Le premier se produisit à la quatrième grossesse; il n'eut pas de suites, l'accouchement eut lieu à terme d'un enfant vivant. Deux ans après, nouvelle crise.

Le 13 janvier, au quatrième mois d'une nouvelle grossesse, douleurs généralisées, diarrhée. L'utérus est le siège de contractions fréquentes. Le 14. T = 37 à 38°, P = 90. Localisation de la douleur au point de Mac Burney, empâtement. Puis tout va en déclinant jusqu'au 3 février. L'utérus est plus volumineux que le comporte l'âge de la grossesse. Le 4 février, les douleurs sont revenues, écoulement par la vulve d'un liquide de mauvaise odeur, pris pour du liquide amniotique altéré.

M. A. Pollosson voit la malade; il aperçoit les mouvements du fœtus que l'on croyait mort, et assiste, sans pouvoir les empêcher, aux préliminaires d'un avortement qui se fait dans la soirée. La fièvre tombe, tous les symptômes s'amendent, quand le 11 février, la fièvre se rallume. T = 39°4 à 40°. Frissons, symptômes de septicémie grave.

Le 5 mars, une pleurésie s'est déclarée à la base gauche. M. Focher, appelé, provoque un abcès de fixation.

A partir du 16 mars, l'état général s'améliore. Au mois de septembre, la santé est parfaite. A cette époque, nouvelle poussée d'appendicite qui dura trois semaines et guérit sans suppuration.

(1) Cité par Bouiller, Thèse de Lyon, 1897, p. 96.

Le foyer infectieux péri-appendiculaire, dit Bouveret, s'avançait sans doute vers le petit bassin. L'utérus, en s'élevant au-dessus du détroit supérieur au quatrième mois, a dû contracter des rapports directs avec l'appendice malade. Les agents virulents venus de l'appendice ont pu pénétrer dans le pavillon, puis dans la trompe droite. Ils ont vraisemblement créé lentement, insidieusement un foyer infectieux utérin, pendant que s'éteignait le foyer appendiculaire. C'est ce foyer utérim qui a augmenté le volume de l'utérus, lequel ne semblait pas en rapport avec l'âge de la grosssse. Un autre résultat fut le décollement des membranes qui a eu l'avortement comme conséquence. Les premières contractions utérines ont vidé le foyer infectieux par l'orifice du col; de là, l'écoulement par la vulve d'un liquide très fétide. L'utérus était infecté, l'œuf ne l'était pas. La voie d'absorption fut créée dès le début du décollement du placenta; de là, une septicémie puerpérale très précoce, et l'apparition du premier frisson, pendant l'avortement, avant même l'expulsion du fœtus.

OBSERVATION X

Vinay (1)

Em. L... 33 ans, bonne santé habituelle, trois grossesses et une fausse-couche. Enceinte de six mois. Le 30 mars 1894, point de côté violent, vomissements. Ni gaz ni selles jusqu'au 3 avril, ventre ballonné, la percussion de la région appendiculaire est très douloureuse.

(1) Vinay. *Lyon Médical*, 1898, p. 6.

P = 120, T. rect. = 38,6, l'enfant est vivant. Traitement médical. Le 4 avril, expulsion de gaz et de scybales dures ; le lendemain 4, selles diarrhéiques, la douleur diminue et les autres symptômes disparaissent progressivement ; le 22 mai, la femme sort guérie, la grossesse continue. Le 8 juillet accouchement normal, suites de couches physiologiques. Le 29 octobre 1897, nouvel accouchement, la grossesse a été excellente.

OBSERVATION XI

VINAY (*loc. cit.*)

Françoise L..., bonne santé habituelle. A 20 ans, affection abdominale, probablement appendicite. Mariée à 24 ans, a eu quatre grossesses et couches normales. En 1897, 7 ans après la dernière grossesse, elle devient à nouveau enceinte, en mai, constipation. Le 25 août, douleurs lancinantes au point de Mac Burney, pouls petit, rapide, vomissements. Le 28 amélioration, elle se lève. Le 14 septembre, retour de tous les accidents signalés plus haut, douleurs plus intenses. Traitement médical. Le 15, les symptômes s'aggravaient, elle entre à l'Hôtel-Dieu et avorte, le soir du 16 ; après la délivrance, hémorragie qui nécessite un tamponnement utérin. Le 17, persistance des accidents, facies grippé, P = 132, constipation, pas de température. Traitement médical. Du 22 septembre au 3 octobre, tous les phénomènes s'amendant. Le 28 octobre, plus de douleurs, plus de température, mais l'involution utérine n'est pas terminée, il existe un suintement. Je pratique un curetage. Les suites sont simples. La femme sort guérie le 8 novembre.

OBSERVATION XII

VINAY (*loc. cit.*).

Marie P..., 36 ans, primipare, avait de la colite pseudo-membraneuse avant sa grossesse. — Accouchement le 6 septembre 1897. Présentation en O. I. D. P. Forceps. Il y eut une déchirure du périnée, réparée de suite. Il resta un cotylédon placentaire que l'on ne put extraire. Suites de couches apyrétiques, mais hémorragies pendant plus d'un mois, involution utérine incomplète. Le 12 octobre, curetage, on retire un lambeau de placenta; la femme guérie sort dès le 16 octobre. — Le 21, crise d'appendicite à début brusque. Point de Mac Burney, très sensible; T. rect. = 38°. Pouls accéléré, petit, facies grippé, constipation opiniâtre, nausées, mais pas de vomissements. — Le 23 octobre, défense de la paroi T. rect. = 39, P. = 120. Le 28, amélioration. Le 4 septembre, la guérison est assurée, l'état général excellent. Il persiste un boudin allongé dans la région cœcale et de la constipation.

OBSERVATION XIII

BUDIN (1)

C... J., 20 ans, primipare. — Au début de sa grossesse elle a tenté de se suicider avec du sublimé.

Elle entre à la Maternité le 1er octobre 1897, à onze heures du soir. Les membranes sont rompues depuis trente heures. Présentation O. I. D. P. A 6 heures du

(1) Budin. In thèse de Iarca, Paris, 1898, p. 49.

matin, accouchement normal terminé. Enfant vivant. Injection intra-utérine. Tout va bien pendant cinq jours. Le 7, frissons. T. = 38°6, P. 130. Le 8, ventre ballonné : douleur généralisée au-dessous de l'ombilic ; vomissements alimentaires, diarrhée. Injection intra-utérine, matin et soir. Le 9, le pouls monte à 140. Lochies deviennent purulentes. Le 11, au soir, mort.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité thoracique, adhérence de la plèvre gauche, congestion hypostatique des deux bases. A l'ouverture du péritoine, il s'épanche une quantité de pus jaune verdâtre ; adhérences épiploïques et intestinales, pas de perforation de l'intestin grêle. On trouve une perforation de l'appendice. L'utérus n'est pas revenu sur lui-même, il est pâle et grisâtre. Le foie est pâle. L'examen bactériologique du pus montre un microorganisme ayant tous les caractères morphologiques du coli-bacille.

OBSERVATION XIV

LEPAGE (1)

Femme atteinte d'appendicite après un accouchement où elle avait eu à terme un enfant vivant. La mère guérit sans opération.

OBSERVATION XV

POBAK et SCHWARTZ (2)

Secondipare, 24 ans, enceinte de trois mois. Souffre depuis quatre jours dans la fosse iliaque droite. Vomis-

(1) Lepage. Citée par Pinard (*Ann. de Gyn.*, mai 1898, p. 350).
(2) Société de gynécologie de Paris, mai 1899.

sements fréquents, jaunes, verdâtres. Dyspnée. T. entre 38° et 40°. Pouls petit à 100. Facies non grippé. Empâtement. Diagnostic : appendicite. En raison de la localisation des phénomènes inflammatoires et du peu d'intensité des phénomènes généraux, on surseoit à l'opération. Tous les phénomènes s'apaisent. Revenue à la santé la femme refuse l'opération à froid.

OBSERVATION XVI

Broussolle (1)

Mme X..., âgée de 23 ans, primipare, constipation opiniâtre. Le 21 septembre 1898, enceinte de quatre mois fut prise subitement d'une violente douleur localisée à la fosse iliaque droite. Au bout de quelques jours, on constatait dans la région de l'appendice, une tuméfaction très appréciable, et la malade présentait tous les symptômes d'une suppuration évidente. La fièvre augmenta, il survint quelques frissons. On allait se décider à intervenir quand la température vint tout à coup à diminuer. L'intervention d'abord retardée, fut finalement ajournée. Le traitement médical consista en une diète liquide presque absolue, glace *intus* et *extra*, piqûres de morphine.

L'appendicite évolua avec des alternatives diverses jusqu'au 9 octobre, époque à laquelle les symptômes devinrent alarmants ; mais ce ne fut qu'une aggravation passagère, et la malade entra en convalescence à partir du 20 octobre.

La constipation persista. L'état général alla s'améliorant et la grossesse continua régulièrement son cours.

(1) Broussolle. Obs. inédite, in thèse de Bapteste, Lyon 1899.

Dans les premiers jours de février 1899, les mouvements actifs du fœtus ne furent plus perçus par la mère, et le 11 du mois, la malade accoucha à terme d'un enfant mort. Le fœtus se présenta en occipito-sacrée et l'emploi du forceps fut nécessaire.

Le corps de l'enfant était recouvert de phlyctènes, l'épiderme s'enlevait à la pression, et un léger degré de macération indiquait que la mort *in utero* remontait à une huitaine de jours, c'est-à-dire à l'époque où la mère avait cessé de percevoir les mouvements fœtaux.

Les suites de couches furent apyrétiques, la régression utérine normale.

Depuis, Mme X... a eu quatre fois des coliques hépatiques, pour lesquelles elle fut à deux reprises envoyée à Vichy. Les eaux ont amélioré la malade qui, pour le moment, peut vaquer à ses occupations.

OBSERVATION XVII

Fontagny (1)

Mme X..., 25 ans, primipare, constipation opiniâtre. A 12 ans, atteinte d'une affection intestinale diagnostiquée alors typhlite et périty phlite par M. le docteur Potain. Tous les phénomènes présentés par la malade à ce moment et rapportés par elle, aujourd'hui, ne laissent aucun doute ; il s'agissait alors certainement d'une première atteinte d'appendicite. Un traitement médical approprié fut suivi par elle pendant un temps très long; elle guérit complètement, et à part sa constipation habi-

(1) Citée in Thèse de Bapteste, 1899.

tuelle, Mme X .. n'a jamais cessé jusqu'à ce jour de jouir d'une santé parfaite.

Mariée en 1898, elle devint enceinte presque immédiatement. Au troisième mois de sa grossesse, elle eut, à la suite de fatigues, occasionnées par un long voyage en chemin de fer, une menace d'avortement. Il survint quelques hémorragies qui s'arrêtèrent par le repos et les opiacés. Huit jours après, elle gardait encore le lit, quand survint brusquement une crise d'appendicite des mieux caractérisées.

Elle eut, au milieu de la nuit, des vomissements répétés, des coliques abdominales violentes; le lendemain, au matin, en explorant la région iliaque droite, on déterminait une douleur intense exagérée surtout au point de Mac Burney; on constatait une hyperesthésie de toute la paroi, une défense musculaire extrême. Vingt-quatre heures après, il était survenu un empâtement considérable dans la région appendiculaire avec augmentation de la douleur au toucher vaginal, dans le cul-de-sac droit. Le pouls était rapide, petit, la température était restée normale.

Le traitement médical fut institué : diète absolue, glace *intus* et *extra*, opium à l'intérieur. Cet état persista environ huit jours, puis s'amenda; peu à peu tous les phénomènes disparurent, l'empâtement se résorba.

Mme X... guérit complètement, la grossesse suivit son cours. L'accouchement se fit à terme, l'enfant était assez chétif, il ne pesait que 2 kilos.

Son père et sa mère étant tous deux très robustes et d'une taille au-dessus de la moyenne, l'auteur se demande si l'appendicite sans interrompre le cours normal de la grossesse, n'aurait pas diminué *in utero* la vitalité de

l'enfant. Depuis sa couche, Mme X... n'a pas cessé de jouir d'une santé parfaite.

OBSERVATION XVIII

FRAENKEL (*in Sambung Klinisches Fortrœge 1895*).

M. A. 28 ans, mariée depuis 3 ans, 2 fausses couches de bonne heure, la dernière il y a un an 1/2 sans intervention de médecin. Etant jeune fille, elle souffrait déjà de catarrhes intestinaux. Depuis 5 mois aménorrhée.

Le 10 juin 1875, après constipation de plusieurs jours et après avoir traité cette constipation éprouva des coliques et des vomissements. Appelé le jour suivant, je trouvai le corps fortement atteint de météorisme et très sensible à la pression ; dans la fosse iliaque droite une zone de matité, comme la paume de la main, et dans la région hypogastriqne médiane un son tympanique. On ne pouvait distinguer au toucher les contours de l'utérus gravide, à cause du météorisme et de la sensibilité ; colostrum dans les seins, la muqueuse vulvo-vaginale couleur lie de vin. P. 115, T. 38°,5. nausées, vomissements, pas d'émission de gaz ni de garde-robes. Diagnostic : Péritonite venant d'une typhlite et périty phlite dans une grossesse de 5 mois. Thérapeutique : une vessie de glace sur le corps et 0,01 centigr. de morphine sous la peau ; comme l'état s'aggravait, on appela mon ancien chef Sprègelberg qui pronostiqua un iléus et, conformément aux opinions de l'époque penctionna l'intestin en deux endroits différents avec des trocarts très fins. Le météorisme baissa considérablement, de sorte que l'exsudat se délimitait, d'un côté, de la fosse iliaque, de l'autre, de la matrice grande dont on pouvait alors délimiter les contours par percus-

sion. Avec des lavements du rectum, ni émission de gaz ni selles ne se produisirent, et le 13 juin, les pulsations étant au nombre de 140 et la température à 39°,4, un produit d'environ 5 mois, mort récemment fut expulsé sans perte de sang considérable.

Le placenta suivit facilement. Après un soulagement apparent et court, les vomissements et le météorisme augmentèrent rapidement; il se fit une péritonite diffuse bien caractérisée à laquelle la patiente succomba, 36 heures après sa fausse couche.

L'autopsie ne fut pas permise.

OBSERVATION XIX

Due à l'obligeance de M. le professeur Audebert (1)

Appendicite pendant la grossesse. — Début de travail spontané. — Accouchement méthodiquement rapide. — Trois injections de sérum de Marmoreck, accidents sérothérapiques — Guérison.

Mme V..., âgée de 28 ans, n'a jamais été malade. On ne retrouve rien dans ses antécédents qui puisse faire penser à des accidents appendiculaires; à noter seulement une constipation habituelle.

Réglée pour la première fois à 14 ans et sans accidents, elle devient enceinte pour la première fois au commencement de novembre 1898. Les dernières règles datent, en effet, du 25 octobre. Rien à signaler pendant cette

(1) Audebert et Bonneau. *Gazette hebdomadaire*, septembre 1900. *Archives Médicales de Toulouse*, octobre 1900.

grossesse, si ce n'est que la constipation devient plus opiniâtre, cédant difficilement aux moyens ordinaires.

Elle était donc en bonne santé, quand le 15 juillet 1899, alors enceinte de huit mois et demi, elle fut prise brusquement le matin, à sept heures, d'une douleur vive dans le côté droit du ventre. Nous sommes prévenu à la hâte, et nous constatons dans la matinée quelques contractions utérines et de la rétention d'urine. On pratique le cathétérisme.

Dans l'après-midi, les douleurs abdominales augmenten d'intensité, les vomissements apparaissent et le soir, à cinq heures, on peut nettement localiser la douleur dans la fosse iliaque au point de Mac Burney ; il y a, en outre, de l'hyperesthésie cutanée et une certaine défense musculaire. Mais à ce niveau, on ne perçoit pas d'empâtement, le ventre est légèrement météorisé.

Le dimanche 16, la douleur persiste dans la fosse iliaque. T. = 38. P. = 120. Les contractions utérines irrégulières et peu violentes ont duré toute la nuit. Le matin l'effacement du col est complet.

Le lundi 17, les phénomènes s'accentuent du côté de l'appendice, la contracture des muscles abdominaux est plus énergique, la douleur plus franche, plus caractérisée. La dilatation est à peine commencée ; l'utérus se contracte mal, irrégulièrement et par intervalles assez longs. P. = 110.

Le 18, pendant la journée, la région cœcale est un peu moins douloureuse ; la tension moins grande de la paroi abdominale permet de constater un empâtement localisé et relativement peu douloureux à la pression. Nous la voyons le soir du 18 ; à ce moment (10 heures), le col est mou, effacé, cerclé par l'anneau fibreux. Par moments,

une contraction utérine légère, arrache un gémissement à la malade qui est très fatiguée et qui demande qu'on la débarrasse au plus vite. Les bruits du cœur fœtal bien frappés sont lents ; on compte 110 à 115 battements par minute.

Nous décidons alors, pour hâter la marche du travail qui est resté stationnaire pendant trois jours, de pratiquer la dilatation manuelle du col. A 11 heures du soir, intervention. L'index puis le médius sont introduits dans l'orifice utérin sans trop de peine. La pénétration de la main dans le vagin est gênée par l'étroitesse de la vulve ; cependant, on parvient à faire pénétrer deux doigts qui agissant en sens contraire des premiers, refoulent excentriquement les bords de l'orifice.

Les efforts portent sur des points différents du col ; au bout de dix minutes, on a obtenu une dilatation de 5 centimètres, uniforme, régulière, sans déchirure. Cette dilatation, pratiquée sans chloroforme, a fatigué beaucoup la malade. On l'interrompt alors, décidé à la reprendre si les contractions ne s'établissent pas d'une façon satisfaisante.

Une heure après, les contractions sont très vives et très fréquentes, la dilatation se complète et à trois heures la tête vient appuyer sur le périnée qui résiste longtemps (primipare de 28 ans).

A 4 heurs 1/2, accouchement spontané et naissance d'une fille du poids de 2.500 grammes qui crie de suite.

Dans la journée, malgré un abattement assez marqué, l'état général est bon. T. 38°.

Le lendemain, 19 juillet, T. 38°, P. 112. Rien de nouveau dans la région iliaque. Purgation.

Le 20, la malade se plaint d'une légère douleur au

niveau de la corne utérine droite ; on l'examine alors et on constate une petite déchirure du col à la commissure gauche, déchirure qui n'existait pas au moment où les manœuvres de la dilatation artificielle ont pris fin.

La régression utérine est normale; pas de douleurs excepté à un point très localisé en haut et à droite. Les lochies ont l'aspect normal et ne sont nullement odorantes.

L'enfant fut confiée à une nourrice et pendant les premiers jours elle reste bien portante, mais à partir du quatrième jour, elle cesse de têter; elle est alors atteinte d'ictère puis de gastro-entérite et succombe le 22, présentant les symptômes d'une infection contractée problablement *in utero*.

Revenons à l'accouchée. Le 21, il existe un large plastron occupant toute la fosse iliaque droite ; par le toucher il est aisé de voir que les culs-de sac sont libres, la douleur latéro-utérine a disparu.

Ce jour-là on fait une première injection de sérum de Marmoreck à la dose de 20 c. c., purgation. Le 23 P. 85, T. 37°, 4.

L'involution utérine s'effectue rapidement; langue blanche, humide; pas de douleurs dans le ventre, un peu de météorisme; une selle spontanée dans la journée.

Dans la fosse iliaque, on retrouve le plastron péri-appendiculaire qui mesure 12 centim. de hauteur sur 6 centim. de largeur. La douleur n'est pas très vive à la pression. Nouvelle injection de sérum de Marmoreck (20 c. c).

Le 24, symptômes douloureux s'amendent; le plastron diminue d'étendue. T. 37,3.

Le 26 nouvelle injection d'antitoxine.

Le 27 érythème polymorphe apparaît le matin sur les

mains, avant-bras ; le soir il a envahi le cou et la tête. T. 38,5, P. 120.

Le 28, la malade accuse une vive douleur au pli de l'aîne droit, sur le trajet du crural ; en même temps, le genou droit paraît légèrement tuméfié ; il existe, en effet, un léger épanchement intra- articulaire.

Le 30, disparition de l'érythème. Ce jour-là, migraine très intense. La douleur siégeant à la région inguinale droite est moins vive. Mais elle survient très-intense en un point symétrique du côté opposé. Dans les deux genoux, on constate, en même temps que des douleurs assez violentes un épanchement synovial très net ; injection sous-cutanée de morphine.

Du côté de l'abdomen, l'état va en s'améliorant progressivement, l'empâtement diminue de plus en plus.

Le 31 juillet et le 8 août, consultation avec M. le Professeur André. Pendant toute cette période, quoique les phénomènes péritonéaux et appendiculaires aillent en décroissant, d'une façon régulière, l'état général reste mauvais ; la malade est agitée de petits frissons continuels, le pouls est petit, dépressible, l'appétit nul. T, 39°. La malade est purgée à plusieurs reprises est prend 1 gr. 50 de quinine par jour.

A partir du 10 août, un changement manifeste se produit ; la température s'abaisse peu à peu et devient normale ; l'amélioration, jusqu'alors précaire, se dessine nettement. Les symptômes abdominaux diminuent aussi d'une façon graduelle.

Le 23 août, il ne reste plus qu'un petit empâtement mobile, superficiel, large comme une pièce de 5 francs, et légèrement douloureux.

La malade que l'on peut considérer comme guérie (momentanément), part pour la campagne.

Depuis cette date, elle a souffert, à plusieurs reprises, de la fosse iliaque, mais sans présenter de poussée appendiculaire bien caractéristique.

Revue le 26 juin 1900, elle est en bon état et se refuse, pour le moment, à se soumettre à une intervention que nous jugeons *prudente* et *opportune* et qui s'imposera peut-être bientôt dans des conditions moins favorables.

OBSERVATION XX

(Personnelle et inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Estienny, ancien chef de Clinique chirurgicale à la Faculé de médecine de Toulouse.)

Appendicite post-puerpérale.

La femme Marguerite B..., âgée de 39 ans, casquetière, mère de cinq enfants très bien portants qu'elle a allaités, accouche de nouveau à terme, le 15 juillet 1900, d'un garçon bien constitué. Soignée par la sage-femme du quartier sans aucune précaution antiseptique, les suites de couches furent relativement simples, malgré un retard de deux heures dans la délivrance; elle n'eut ni hémorragies ni infection; après une excellente montée de lait, une éruption erythémateuse généralisée se manifesta vers le cinquième ou le sixième jour, et fut suivie trois jours après d'une desquamation à grands placards sur tout le corps, furfuracée à la face; les doigts et les orteils se dépouillèrent complètement en doigts de gants. Cet érythème scarlatiniforme qui s'était accompagné d'un léger mouvement fébrile pendant la période éruptive

ainsi que de vives démangeaisons, avait totalement disparu au bout de huit jours, sans que le nourrisson en ait ressenti la moindre atteinte.

Cependant, dès le soir de l'accouchement, la femme B..., souffrait du ventre comme si depuis la délivrance quelque chose s'était rompu ; cette douleur limitée à la fosse iliaque droite, disparaissait et reparaissait sous forme de coliques assez vives qui immobilisaient et faisaient contracter l'abdomen de l'accouchée. Le lendemain et les jours suivants la douleur persista, mais comme elle n'était point constante, elle n'inquiéta ni la sage-femme ni la mère ; l'enfant commençait à têter et n'était point incommodé. Malgré ces douleurs sourdes plus ou moins répétées, l'allaitement se fit facilement, la mère mangeait un peu, la selle était régulière, l'enfant venait bien. Au bout de huit jours comme après chacune de ses couches, la mère se leva, reprenant la direction de son ménage et se reposant lorsque la douleur se renouvelait. Plusieurs fois par jour elle était ainsi obligée de s'asseoir, un peu courbée sur le côté droit pour calmer ses souffrances. Dans les quinze premiers jours, le nourisson devint superbe, mais la mère maigrissait et perdait ses forces, l'enfant ne tarda pas à dépérir il eut d'abord de la diarrhée, puis le muguet. Vaquant tant bien que mal aux soins du ménage, donnant du mauvais lait à son enfant, elle voulut dès la fin d'août reprendre son travail de casquetière. Dans la nuit du 4 septembre, elle souffrit plus que de coutume, ne put dormir; passant de longs moments à se tordre, le lendemain elle ne put manger, se contenta d'un peu de café au lait et obligée de sortir pour affaires, bien que se sentant très fatiguée, elle fut prise en ville de maux de ventre si violents qu'elle dut envoyer prendre une voiture et rentrer au plus vite.

Les personnes qui l'avaient accompagnée et qui la soutenaient dans la voiture étaient inquiètes de ses vomissements multipliés (4 à 5) et de sa faiblesse, comme de ses plaintes incessantes. Sitôt alitée, je fus appelée d'urgence par la famille. Je me trouvai en présence d'une femme robuste en proie, malgré son immobilisation absolue dans le décubitus dorsal, à des contractions du visage et à des mouvements désordonnés des membres supérieurs; ses traits étaient tirés, le facies grippé; tout chez elle dénotait l'anxiété et la souffrance; le pouls filiforme ne pouvait être compté; le météorisme était si sensible que les personnes de l'entourage tenaient les couvertures soulevées au dessus de l'abdomen de la malade, pour éviter le contact et la pression.

La palpation la plus légère du ventre de la malade lui arrachait des cris, la percussion digitale à peine effleurée me révéla une sonorité générale avec matité dans la région de la fosse iliaque droite; le ventre était brûlant et les mains glacées. Ce rapide examen ayant fatigué la malade, je la laissai reposer en interrogeant la famille. Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels ne me rappela pareille affection. L'hystérie éliminée d'emblée par la simple notion des origines de la maladie et par l'absence de zones hystérogènes, trois ordres d'affections s'offrirent à ma pensée : la colique hépatique, la pelvi-péritonite et l'appendicite. La zone de matité et le maximum des douleurs dans la fosse iliaque droite ainsi que la sonorité profonde dans la région de la vésicule excluaient la première hypothèse. Le toucher vaginal en me montrant la parfaite mobilité de l'utérus en bonne position et en bon état d'une part, l'absence de tuméfaction ou d'induration profonde ou même des douleurs à la pression des fornix du vagin d'autre part, me révéla l'in-

tégrité des organes génitaux internes et me fit rejeter la seconde hypothèse. Restait donc le diagnostic d'appendicite vers lequel les signes anamnéstiques aussi bien que les symptômes généraux ou locaux me faisaient pencher et la grande réaction péritonéale me fit admettre la forme clinique d'appendicite avec péritonite diffuse. Je proposai l'intervention d'emblée qui ne fut point acceptée ; après mes réserves faites, j'instituai le traitement médical classique : opium, glace, lavements toni-nutritifs tout en plaidant la cause de l'expectation armée pour une intervention future. L'enfant fut nourri au lait stérilisé, puis envoyé en nourrice.

Le lendemain, la température était de 39°, le pouls toujours filiforme, l'anxiété de la malade semblait moins vive, la sensibilité de l'abdomen était un peu moins grande, la malade avait évacué quelques gaz par l'anus, et avait émis moins de renvois, elle n'avait plus vomi ; je pus percuter librement le ventre et limiter la zone de matité dans la région cœcale sous forme d'un très gros boudin, la douleur au point de Mac Burney était violente; le muscle droit de ce côté était contracturé. Le diagnostic encore plus évident me fit réitérer les offres du secours chirurgical, mais la malade informée par la famille refusa toute intervention.

Les lavements alimentaires répétés deux fois par vingt-quatre heures ayant été bien tolérés ainsi que l'opium ingéré par la voie buccale et administré d'heure en heure, je prescrivis, par analogie avec l'action favorable de l'huile dans la colique hépatique, un grand lavement d'huile qui, parfaitement supporté, amena au bout de trois heures l'expulsion de quelques matières fécales sans particularité. Les urines étaient encore très rares.

Le 7 septembre, l'état local paraissait légèrement amendé ; la paroi abdominale était devenue un peu dépressible vers l'épigastre ; le pouls était à 128, la température de 39° le soir ; deux lavements d'un demi litre d'huile avaient ramené de nouvelles parcelles de matières fécale du bout inférieur de l'intestin sans déterminer de coliques, mais l'état général restait mauvais.

Le 8, le 9, le 10 septembre : état stationnaire, même traitement, renvois encore fréquents, peu de vomissements bilieux ; nulle trace d'œdème de la paroi dans la région cœcale ne vint m'annoncer une suppuration profonde quelconque.

Le mardi 11 septembre, débâcle intestinale ; une heure après l'administration du lavement d'huile huit à neuf selles diarrhéiques ; le soir, la température était moins élevée, 38° ; le ventre s'était aplati, la paroi abdominale se laissait déprimer, sauf vers la fosse iliaque droite où les muscles restaient toujours à l'état de vigilance et où la palpation simple réveillait une vive douleur. La glace fut supprimée et remplacée par des cataplasmes laudanisés ; le pouls, toujours à 120, était petit ; j'administrai un gramme de caféine dans une potion de Todd ; elle prit un demi litre de lait. Le 12, le pouls s'était relevé quoique aussi fréquent ; léger sommeil ; la malade réclame un peu plus de lait.

Le 13, malgré de violentes coliques, elle prit un litre de lait dans vingt-quatre heures.

Le 15, une nouvelle débâcle la laissait fort abattue : six selles profuses.

A partir de ce moment, les crises douloureuses furent moins vives et moins prolongées ; elles demeurent aussi moins fréquentes ; la malade, eut deux selles quotidiennes

à la suite des lavements d'huile que je continuai de prescrire ; elle put prendre deux litres de lait par jour et se croyait déjà guérie lorsqu'une nouvelle crise de trois heures, dans la journée du 17, vint lui rappeler la réalité. Puis tout rentra à peu près dans l'ordre ; le lendemain l'abdomen était complètement effacé, la palpation de la fosse iliaque droite était à peine sensible et la percussion digitale retrouvait en ce point une petite zone de submatité.

Le 20, nouvelle crise qui dura à peine quelques minutes et se reproduisit assez vive le lendemain pendant de courts instants.

Depuis ces dernières crises, la malade s'est levée et a pu reprendre bien qu'avec difficulté ses petites occupations de ménage. Quelques jours après elle mangeait bien un peu de tout mais avec beaucoup de réserve, donnant la préférence au régime lacté qu'elle tolérait mieux.

Je l'ai revue depuis, elle continue son régime mixte, et avoue qu'elle est obligée de modérer beaucoup son activité. Elle pèse actuellement 56 kilos alors qu'elle pesait 68 kilos à l'origine de sa maladie. La moindre fatigue, une marche un peu longue, réveillent une douleur sourde au point de Mac Burney, que je retrouve sensible à la pression.

Les conclusions clinique qui se dégagent de mon obsertion sont les suivantes :

1° La péritonite septiques difffuse contrairement à l'opinion de Jalaguier (*Mercredi médical 1895*, n° 32) se manifeste parfois avec un grand retentissement péritonéal ;

2° L'appendicite en dehors des cas suppurés, ne doit pas toujours nécessairement être opérée ;

3° La méthode de Kussmaul (*Semaine médicale 1893*, Annexes XVIII) ou méthode des grands lavements d'huile, mérite de prendre rang dans la thérapeutique médicale de l'appendicite.

Ici s'arrête la liste des cas publiés où est notée l'abstention pure et simple de tout traitement chirurgical. Mais il est des cas intermédiaires entre l'abstention et l'intervention absolue, se rapprochant du traitement médical qui prépare la voie à l'intervention secondaire, nous voulons désigner les appendicites d'abord traitées médicalement puis chirurgicalement « à froid ». On ne connaît que 6 observatibns d'appendicite au cours de la grossesse opérées à froid et nous les donnons en résumé, Encore ferons-nous une restriction pour l'observation de Frænkel qni n'a pas été une opération faite complètement à froid, puisqu'auparavant il y avait eu une opération intestinale. Donc nous ne la comprendrons pas dans le total.

B). — **Cas opérés à froid.**

OBSERVATION PREMIÈRE

LEGENDRE (1).

Jeune femme a eu depuis 6 ou 7 ans, étant jeune fille, en moyenne deux accès d'appendicite par an. La première attaque remontait à une affection grippale. Consti-

(1) Legendre. — *Revue d'obstétrique et de pœdiatrie* 1897 n° 112.

pation habituelle. Plusieurs crises ont coïncidé avec de l'entéro-colite. Au cinquième mois d'une première grossesse, elle a présenté une forte crise appendiculaire, traitée par les moyens médicaux ordinaires. La durée a été de 5 à 6 jours, puis tout s'est apaisé. Huit jours avant l'accouchement, nouvelle crise. L'enfant mourut quelques jours après d'accidents infectieux. Les 3 mois suivants, crises bénignes, mais rapprochées. Je propose alors, mais sans trouver d'écho, la résection à froid. Une nouvelle grossesse survint, et après le 1er mois, à la suite de l'ingestion d'aliments faisandés ou par suite de la virulence exaltée du bacille, une crise éclate violente. Douleur hypogastrique, ombilicale et épigastrique. Ballonnement du ventre, vomissements. Le lendemain, localisation de la douleur à l'appendice. Quinze jours après, entre deux époques menstruelles, on incise. L'appendice noueux, recroquevillé, relevé en point d'interrogation, perforé, fut réséqué. La plaie fut drainée. Les suites opératoires furent parfaites. La grossesse continua son cours.

OBSERVATION II

Marx (1)

Multipare. — Début subit quelques heures après la délivrance, d'une douleur localisée au point de Marc Burney. D'abord, traitement médical; la malade guérit. Quelques semaines plus tard surviennent plusieurs crises douloureuses qui se succèdent. On intervient entre deux poussées. On trouve l'appendice hypertrophié, enfoui dans des adhérences anciennes et récentes.

(1) Marx, *American Journal of obstetrics*, 1898, p. 199.

OBSERVATION III

MARX

Primipare. — Nombreuses attaques de typhlite dans son enfance. Enceinte de quatre mois. Comme elle avait à chaque instant des douleurs dans la fosse iliaque droite, on intervient « à froid ». Elle accoucha à terme et fut guérie.

OBSERVATION IV

MARX

Femme qui, alors qu'elle était enceinte de deux mois et demi, fut opérée pour un kyste dermoïde suppuré. La grossesse ne fut pas interrompue. Accouchement normal à terme. Trois jours après la délivrance, douleur au point de Mac Burney; comme les symptômes s'améliorent, on temporise. La région reste empâtée, la température régulière. Quelques semaines après, nouvelles poussées aigues qui obligent à intervenir. On incise au lieu d'élection. On trouve un abcès qu'on évacue par l'abdomen et par le vagin. L'appendice sphacélé est éliminé le sixième jour. La malade guérit.

OBSERVATION V

VINAY (1)

Augusta M..., 22 ans. Deux enfants, mariée à 19 ans, huit jours après son mariage, douleurs abdominales, peut-être appendicite? Le 22 septembre 1897, elle a un

(1) *Lyon médical*, 2 janvier 1898. p. 11.

accouchement normal ralenti par une présentation O. I. D. P. ; on a employé le forceps. Quatre jours après, frissons, fièvre.

T. Rect. = 38°6 à 39°7. Du 5 au 18 octobre, même état, constipation, empâtement douloureux au point de Mac Burney. Le 10 octobre, T. R. = 39°, l'empâtement persiste. Le 3 novembre, l'état général est mauvais. Le 5, laparotomie par M. Jaboulay. Appendice épais, induré, triple de volume. Pas de corps étrangers. La trompe et l'ovaire droits sont sains. L'appendice est réséqué. Les suites de l'opération furent simples. La femme sort guérie le 28 novembre.

OBSERVATION VI

(Résumée.)

FRAENKEL (*loc. cit.*)

Elisabeth H..., 27 ans, deux accouchements, la dernière délivrance (normale) date de six semaines. Le dixième jour après l'accouchement eut de la fièvre, gonflement du ventre, constipation, nausées ; mais l'état s'améliore et, trois semaines après, elle peut quitter le lit. La quatrième semaine, eut lieu une nouvelle crise plus violente (T., 40°) et on constata de l'exsudat dans la fosse iliaque droite lequel atteint la crête de l'os iliaque. Les médecins de son pays qui le constatèrent disent qu'il était paramétritique et le traitèrent avec des cataplasmes et de l'onguent cinereum, etc. Au bout de huit jours rejet par l'anus de sang et de pus, la fièvre baisse tout à coup et la santé s'améliore. Il ne persiste plus que des douleurs dans la fosse iliaque droite et le pouls à 120-130.

Appelé, nous constatâmes une tumeur du volume du

poing à ce niveau, peu mobile, fluctuante et douloureuse, au-dessus d'elle tympanisme. L'extirpation est proposée; mais, dans les huit jours qui suivirent, rejet par l'anus de sang et de pus et sédation de tous les symptômes. On profite de cette accalmie pour faire la laparotomie. Intestins gonflés, entrelacés et entourant dans la fosse iliaque droite un espace creux contenant quelques ceillerées à soupe d'un pus peu épais, fécaloïde ; malgré les précautions, quelques gouttes tombent dans le péritoine. En allant à la source du pus, on ouvre une autre poche dans le petit bassin, dont les parois étaient formées d'intestins enchevêtrés. On lave l'intestin et le péritoine souillé au sublimé à 1/4.000, on tamponne et on draine.

Mort trente-six heures après l'opération de péritonite septique diffuse.

Statistique. Discussion.

Le tableau des cas opérés *à chaud* jusqu'en 1898 a été établi dans l'article de Pinard paru dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* de 1898; ne voulant pas faire en le copiant ici une reproduction inutile, nous renvoyons à ce tableau et nous nous bornerons personnellement à le compléter par un tableau semblable des cas subséquents mentionnés dans la remarquable thèse de Bapteste et dans les plus récentes publications. Ces deux tableaux comparés à celui des appendicites puerpérales non opérées ou opérées à froid permettront de tirer les conclusions nécessaires.

Cas opérés (depuis l'article de Pinard).

OPÉRATEURS ET DATES	Période de la Puerpéralité.	Étendue des lésions.	Nature de l'opération.	Résultat.	Accouchement.	Etat du fœtus.
Mathieu (Soc. méd. des Hôp. 20 mars 1897).	Pas de date.	Pas de renseig.	Incision.	Mort	Avort. antér.	
Fieux (Ann. de Gyn. et d'Obst. 1899).	27 j. ap. av.	Périton. enk.	Laparotomie	Guérison		
Le Filliâtre (Soc. Anat. Déc. 1898).	5 mois.	Pér. enk.; pas d'abcès.	id.	id.	Normal.	Vivant.
Porak et Schwartz (Soc. de Gyn. et de poediatrie. Mai 1899).	7 mois 1/2.	Pér. généralisée	id.	Mort 7 j. après	Avort. antér.	
Porak et Schwartz (*Ibid.*).	4 mois.	App. oblitéré.	Incision.	Guérison	Pas de renseig.	
Bouilly (Soc. de Gyn. et d'Obst. Mai 1899).	6 mois 1/2.	App. tuméfié.	Laparotomie	id.	Accouch. prém.	Mort.
Segond (*Ibid.* 1899).	5 mois.	App. gangrené.	Inc. résect.	Mort.		
Marx (American journal of Obst. 1988).	7 mois.	Abcès enkysté.	Incision.	Guérison	Acc. avec forc.	Pas de rens.
Marx (*Ibid.*).	4 mois 1/2.	id.	id.	Mort.		
Lagoutte (in thèse Bapteste).	4 mois.	id.	id.	Guérison	Avortement.	
Lagoutte et Breton (*Ibid.*).	id.	id.	id.	id.	Avort. antér.	
Pinard (Ann. de Gyn. Mai 1900).	A terme.	Pér. généralisée	id.	Mort.	Accouc. normal	Vivant.

Cas opérés (suite.)

OPÉRATEURS ET DATES	Période de la Puerpéralité.	Étendue des lésions.	Nature de l'opération.	Résultat.	Accouchement.	État du fœtus.
Pinard et Rudaux (*Ibid.*).	6 mois.	(Péritonite enkystée, appendice gangrené).	Incision.	Guérison	Normal.	Viv. mais meurt le lendemain.
Pinard (*Ibid.*).	3 mois.	Pér. généralisée	Laparotomie	id.	Avortement.	
Pinard (*Ibid.*).	Pas de dét.	Obs. int. au seul point de vue microscopique.				
Banzet (*Ibid.*).	4 mois.	Pér. enkystée.	id.	td.	Pas de renseig.	
Weiss et Février (Revue méd. de l'Est. 15 août 1899).	8 mois.	Abcès.	Incision.	id.	A terme.	Vivant.
Hergott (in Weiss, Rev. méd. de l'Est. 15 juin 1900).	A terme.	id.	Incision.	Mort.	id.	Mort.
Otto Falk (Cent. f. Gyn. 1900)	6e mois.	Ab., pér. enk.	Laparotomie	id.	Acc. av. forceps	Vivant.
Ibid.	5e mois.	Incision.	Guérison	A terme.	Vivant.	
Ibid.	2e mois.	Ovaire droit dégénéré (erreur de diagnostic).				
Coyne et Boursier (Revue d'obst. de Bordeaux).		Pyosalpinx et appendice épaissi.	Laparotomie	id.		
Elbogen (Jarz Bericht). (Il nous à été impossible de trouver à la Faculté ce recueil.)		Grossesse extra-utérine et appendicite.	id.	id.		
Frœnkel (Samlung Klinïsches Fortœge).	6e mais.	Grossesse extra-utérine avec appendicite.				
Ibid.	6 semalnes.	Abcès enkysté.	Incision.	Mort	Fausse couche	
Ibid.	5e mois.	Pér. enkystée.	id.	Guérison	id.	
		Abcès enkysté.	id.	Mort.	id.	

Cas opérés à froid.

OPÉRATEURS ET DATES	Date de la puerpéralité.	Étendue des lésions.	Nature de l'opération.	Résultat.	Accouchement.	État du fœtus.
Legendre (Revue d'obst. et de pœdiatrie, 1897, p. 200).	Un mois.	App. nerv. perf.	Incis. résect.	Guérison	Cont. son cours.	
Marx (American journal of obstetrics 1898).	Après la grossesse.	Péritonite enk.	Incision.	Guérison		
Marx (*Ibid.*).	4 mois.	Pas de détails.	Incision.	Guérison	A terme.	
Marx (*Ibid.*).	Q. sem. ap. la dél.	Abcès.	Incision.	Guérison		
Vinay.	15 jours ap.	App. induré.	Lapar. résec.	Guérison	A terme.	
Frœnkel (après avoir tenté le traitement médical et après une crise aiguë).	6 sem. apès la dél.	Pér. et perf. de l'int. g.	Incision.	Mort		

Cas non opérés.

AUTEURS ET DATES	Date de la puerpéralité.	TRAITEMENT	RÉSULTAT	ACCOUCHEMENT	FŒTUS
F. Viggin (Méd. Record, 1892).	9 mois.	Pas de traitement. (Réfuse l'opération.)	Mort.		
Bayley (Med. Record, 1895).	6 mois.	Trait. médical.	Guérison.	Normal.	Pas de rens.
Thomasson (Med. Record. 1899)	9 mois.	Médical.	Id.	id.	Vivant.
Schaie (in Abrahams).	7 mois.	id.	Id.	Prématuré.	De 7 mois 1/2, vivant 6 jours.
Vineberg (in Marx).	9 mois.	id.	Id.	Normal.	Vivant.
Abrahams (American journal).	7 mois.	id.	Id.	id.	Vivant.
Abraham.	9 mois.	id.	Id.	id.	Meurt 8 jours ap.
Abraham.	id.	id.	Id.	id.	Vivant.
Bouveret (*loc. cit.*).	4 mois.	id.	Id.	Avortement.	
Vinay (*loc. cit.*).	6 mois.	id.	Id.	A terme.	Id.
Vinay.	4 mois.	id.	Id.	Avortement.	
Vinay.	Un mois après accouchement.	id.	Id.		
Budin (*loc. cit.*).	A terme.	id.	Mort.	Normal.	Id.
Lepage (*loc. cit.*).	28 jours après accouch.	id.	Guérison.	Avait été normal.	Id.
Porak et Schwartz (*loc. cit.*).	3 mois.	id.	Id.	Pas de renseig.	
Broussolle (*loc. cit.*).	4 mois.	id.	Id.	Continua son cours. Accoucha à terme.	Mort.
Fontagny (*loc. cit.*).	3 mois.	id.	Id.	A terme.	Vivant.
Audebert.	8 mois 1/2.	id.	Id.	Spontané	Id.
Fraenkel (*loc. cit.*).	5 mois.	id.	Mort.	Fausse couche.	
Hagapov (Cong. de méd. 1900).	8 mois.	Ponction aspir.	Guérison.	A terme et norm.	Id.
Estienny (inédite).	Après l'accouc.	Médical.	Id.	Avait été normal.	Id.

De tout ce qui précède, il résulte que dans les 84 cas connus jusqu'à ce jour d'appendicites puerpérales on peut totaliser :

les cas opérés à chaud au nombre de 57,
les cas non opérés au nombre de 21,
et enfin 6 appendicites à froid.

Dans trois petits tableaux nous allons montrer les résultats qui ont été obtenus dans chacun de ces genres de traitement. Avouons cependant qu'il nous manque certains renseignements pour rendre nos tableaux absolument complets.

Cas opérés à chaud 57	Morts	19
	Guérisons	35
	Avortement ou acouchement prématuré	16
	Accouchements normaux	17
	Enfants vivants	16
	Enfants morts	6
Cas opérés	Mortalité maternelle. 33,33 % sur 54 cas	
	Mortalité infantile... 37 % sur 22 cas	
Cas non opérés 21	Morts	3
	Guérisons	18
	Acouch[ts] à terme	14
	Acouchements prématurés ou avortement	4
	Enfants vivants	11
	Enfants morts quelques jours après	3

Cas non opérés	Mortalité maternelle. sur 21 cas	16,66 %
	Mortalité infantile... sur 14 cas	27 %
Cas opérés à froid 5	Guérisons.....	5
	Grossesse à terme.....	3
	Sans renseignements...	2

Tableau d'ensemble

Cas opérés		*Cas non opérés*	
Mortalité maternelle.. sur 54 cas	**33,33 %**	**Mortalité maternelle.. sur 21 cas**	**16,66 %**
Mortalité infantile .... sur 22 cas	**37 %**	**Mortalité infantile..... sur 14 cas**	**27 %**

Tel est le bilan brut mais éloquent des traitements différents opposés à l'appendicite puerpérale. Si l'on a vivement condamné le traitement médical ou expectant de l'appendicite, on ne peut s'empêcher de trouver peu favorables les statistiques où l'on a opéré « d'une façon absolue et immédiate » (Dieulafoy). On ne peut pas dire cependant que ces statistiques eussent été meilleures si on avait employé le traitement médical ; la plupart comportaient des lésions avancées presque irrémédiables. Mais il est un fait qu'on ne peut nier, c'est la grande quantité de guérisons, d'accouchements à terme que le traitement expectant a procuré aux 21 malades. Enfin, l'appendicectomie à froid dont les cas sont peu nombreux a, jusqu'ici, obtenu une forte proportion

de succès. Nous voulons bien accorder, en lisant nos observations que, dans ces 21 cas, ainsi que dans les 5 appendicites à froid, il s'agissait quelquefois de ces appendicites frustes, à cortège symptomatique peu imposant; mais quelquefois aussi l'allure clinique était celle de l'appendicite aiguë, quelquefois même il s'agissait de perforations comme le montrèrent des opérations à froid. Nous ne devons donc pas repousser *à priori* et de parti pris, le traitement médical qui a une grande valeur et qui se recommande d'hommes éminents.

Ce n'est pas tout, car ces 21 observations nous enseignent encore combien, au point de vue étiologique, est important le rôle de l'entéro-colite, en dépit des affirmations absolues de Dieulafoy.

Nous voyons dans 2 ou 3 observations que les malades avaient jadis été atteintes de crises appendiculaires qui ont cédé au traitement médical, malades dont la grossesse, en dernier lieu, n'a été nullement entravée par une nouvelle poussée inflammatoire du côté de l'appendice (obs. de Legendre et de Marx).

Ce traitement médical n'entrave nullement, en général, le cours des grossesses ultérieures qui se terminent à terme et heureusement (obs. de Vinay).

Enfin, malgré les résultats heureux signalés par Pinard, à l'Académie de médecine, en prônant le traitement opératoire d'emblée, opinion qui, d'après ce que nous avons montré, nous semble un peu absolue, il n'en reste pas moins certain que l'appendicite est une affection particulièrement grave chez la femme enceinte.

Cette gravité ne tient pas seulement à la difficulté du diagnostic qui « peut et doit être fait (1) » (Pinard), mais surtout aux mauvaises conditions du traitement. La laparotomie est, en effet, très difficile dans ce cas, surtout quand la femme est à terme et que l'utérus recouvre profondément l'organe (Weiss); d'autre part, « l'apparition du travail crée un danger considérable en raison de la diminution de pression brusque qui s'opère dans l'abdomen et de la rupture possible des adhérences protectrices. » (Weiss).

En dernier lieu, l'appendicectomie à froid ralliera de plus en plus tous les suffrages, car c'est une bonne opération, bien réglée, d'une bénignité absolue. Elle mettra à l'abri des récidives qui peuvent être fatales, malgré l'opinion contraire assez répandue; deux observations de Weiss montrent qu'on ne peut affirmer qu'une seconde atteinte sera moins grave que la première. Le meilleur traitement une fois la première atteinte passée, sera d'engager la malade, menacée de nouvelles crises, à se faire enlever cet organe dangereux, ce sera prudent (Audebert), et l'on fera ainsi de la bonne prophylaxie (Pinard).

En somme l'évolution qui s'est faite, en France, à la suite de la campagne de Dieulafoy, a conduit la majorité des médecins à des opinions simplistes mais trop rigoureusement absolues. Pour eux qui dit appen-

(1) Dans l'observation de MM. Audebert et Bonneau, le diagnostic a été fait dans les douze heures.

dicite dit opération, et opération aussitôt que possible. « Cette formule, dit Weiss, nous rappelle celle de ce grand inquisiteur, à qui on faisait remarquer qu'il y avait peut-être des innocents parmi les victimes à exécuter et qui répondait : Brûlez-les tous, Dieu reconnaîtra les siens (1). » Cette comparaison humoristique n'est-elle pas une juste critique de ces chirurgiens qui préfèrent s'exposer au risque d'enlever un appendice susceptible de guérir, plutôt que d'en laisser un qui fera mourir le malade. Nous avons dit et montré que tous les appendices enflammés n'entraînent pas la mort des femmes grosses, et que le traitement médical, puis chirurgical à froid, dans la suite, en guérit relativement davantage que les interventions trop hâtives. C'est là une notion peu connue, et nous sommes heureux de pouvoir, au sujet de cette thèse, la formuler après examen comparatif de tous les faits relatés.

En résumé nous pensons que les indications sont plus diverses qu'on n'a voulu le croire, en ces temps derniers ; le médecin devra juger de l'opportunité du traitement médical dans le cas de colique appendiculaire, d'empâtement, de plastron iliaque, de foyer bien localisé ; puis l'orage passé, il devra conseiller une opération radicale, mais dans de meilleures conditions que l'opération à chaud. Il fera ainsi par la résection à froid, de la bonne thérapeutique, car l'appendicite ne guérit que rarement d'une façon radicale, elle reste le plus souvent à l'état latent, susceptible de se réveiller sous

(1) Weiss. *Rev. Méd. de l'Est*, 15 août 1899.

l'influence de causes pathologiques diverses (grippe, d'après Ferrand, entéro-colite, etc.). C'est donc le procédé de choix, avec un traitement médical pendant la période aiguë, tant qu'on n'a pas la main forcée par des accidents suraigus sur lesquels tout le monde est d'accord d'ouvrir rapidement une voie d'évacuation.

Conclusions.

L'appendicite qui vient compliquer l'état puerpéral, à toutes ses périodes, soit pendant la grossesse, soit pendant les suites de couches est une fâcheuse éventualité pour l'issue de la grossesse et l'avenir du fœtus.

Ces accidents ont conduit la majorité des accoucheurs à accepter comme doctrine de choix la formule de Dieulafoy et Pinard ; il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite ; toute appendicite reconnue doit être opérée et aussitôt que possible.

Cette formule, englobant *tous* les cas, veut donc qu'on oublie ceux où l'expectation armée a donné des guérisons indéniables. Or, les chirurgiens modérés tendent aujourd'hui à faire une place importante à ces cas et n'opèrent plus *tous* les cas sans exception. Ils reconnaissent donc qu'il y a un traitement médical.

Celui-ci consiste essentiellement dans le repos prolongé au lit, la diète, la glace *intus* et *extra*, les opiacés. Mais, disons-le vite, il ne faut pas exagérer l'attente dans quelques cas en apparence bénins : dès qu'on voit la douleur persister, la dissociation du pouls

devenir de plus en plus en grande, il faut opérer sans retard.

Néanmoins, ce traitement purement médical suffit le plus souvent pour *refroidir* la crise appendiculaire et celle-ci passée, il sera prudent de conseiller à la malade, en lui en faisant comprendre l'importance, l'appendicectomie à froid. Ce sera de la bonne prophylaxie.

Les résultats de ce traitement médical sont relativement supérieurs à ceux du traitement chirurgical à chaud, et cela tant au point de vue du pronostic *quoad vitam* qu'à celui de l'avenir de la grossesse, qui continue généralement son cours normal, et du fœtus qui arrive vivant; il faut reconnaître que souvent il meurt quelques jours après sa naissance.

Ce traitement médical si décrié donne donc des encouragements et l'on devra s'attacher de plus en plus à lui reconnaître des indications (appendicite à abcès localisé, ou simplement empâtée, plastique). Placé alors entre l'incision pure et simple dans les cas suraigus et l'appendicectomie à froid, si remarquable par sa bénignité, on voit que le traitement médical conviendra à un certain nombre de ces cas subaigus, douteux, frustes que les accoucheurs livrent à tort aux chirurgiens.

Vu : *Le Président de la Thèse*,

CAUBET.

Vu : *Le Doyen*,

CAUBET.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 30 avril 1901.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,

PERROUD.

ERRATA

A la page 58, après le paragraphe 3°, ajouter l'observation XXI.

OBSERVATION XXI

HAGAPOFF (1)

J'ai ponctionné une collection purulente d'origine appendiculaire chez une femme enceinte de 8 mois ; elle n'a pas été opérée, elle a guéri et accouché à terme.

(1) Annales de gynécologie, 1900, t. 2.